Lane Medical Library 1875.

Ein Beitrag zur localen Behandlung der Lungencavernen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät der Universität Greifswald

am 4. Juni 1875

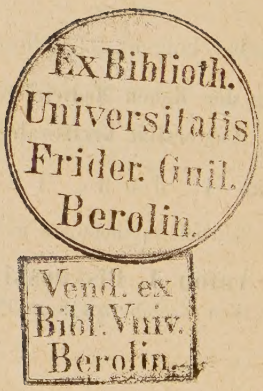
öffentlich vertheidigen wird

Anton J. Biskupski,
aus dem Grossherzogthum Posen.

Opponenten:

F. Kasior, Drd. med.
Dr. Neumann, prakt. Arzt.

Greifswald.
Druck der Universitäts-Buchdruckerei von F. W. Kunike.
1875.


Ex Biblioth.
Universitatis
Frider. Guil.
Berolin.
Vend. ex
Bibl. Univ.
Berolin.

Seinen

theuren Eltern

und

dem Andenken seines

theuren Onkels

aus dankbarer Liebe

gewidmet

vom

Verfasser.

Die neuere Medicin hat bei dem Streben der Localtherapie, welcher sie bei der Behandlung der Krankheiten des Larynx, Magens, Darms etc. die glänzendsten Erfolge verdankt, ein immer weiteres Gebiet zu eröffnen, in der jüngsten Zeit besonders ihr Augenmerk den Lungenkrankheiten zugewandt.

Die Resultate, welche die hier einschlagenden Versuche ergaben, berechtigen bereits den Arzt aus seinem mehr, weniger expectativen Verhalten der Lungenkavernen gegenüber in eine energische Offensive überzugehen.

Die Idee der localen Cavernenbehandlung scheint schon Hippocrates, Galen, Aëtius etc. vorgeschwebt zu haben. — Doch sind hierin die grössten Autoritäten und Herausgeber der Oeuvres complètes d'Hippocrate (tom II. p. 97.)[1]) im Unklaren, ob man ein circumscriptes Empyem, oder eine Caverne, bei den verschiedenen Ansichten der Autoren des Alterthums, annehmen soll.

---

1) cf. Oeuvres compl. etc. par Francis Adams.

Aus den Schriften des Mittelalters lässt sich wenig über diesen Gegenstand eruiren. Es scheint jedoch, als ob man auch hier nur die Paracenthese — bei Empyem — meinte.

Auch die neuere Geschichte giebt uns wenig Aufschluss hierüber.

Die Sache möglichst aufzuklären, führe ich hier Einiges an.

Baglivi spricht (1696) sich klar über einen Fall aus, so dass wir annehmen müssen, er war der Erste, welcher die Operation vorgeschlagen hat.

In der Practice of Physik (Engl. transl.) 2ed edit. London 1723. p. 301. heisst es: (Baglivi's Worte) „Eine Phtisis durch ein ulcus hervorgebracht, wird gewöhnlich als unheilbar bezeichnet, weil das ulcus innerlich und verborgen ist und nicht wie andere äussere Geschwüre gereinigt werden kann — Aber warum bemüht man sich nicht den wahren Sitz desselben aufzufinden und einen entsprechenden Einschnitt im Intercostalraum zu machen . . . ? Ich für meinen Theil weiss nicht, warum man das vernachlässigen sollte. Ungefähr vor 7 Jahren, als ich in Padua war, erhielt ein Mann eine Wunde in die rechte Seite der Brust, die seine Lunge erreichte. Ein geschickter Chirurg machte zwischen den Rippen einen Einschnitt von 6 Fingerbreite Länge, um die Lungenwunde zu entdecken. Diese wurde in 2 Monaten vollständig geheilt, durch Wundmittel . . . Practische Aerzte sollten nun dasselbe Bestreben haben phtisische ulcera in der Lunge zu heilen. . . . "

Hutchinson bezweifelt (cf. Philad. Medic. Times 1874. p. 548) die Wahrheit dieser Erzählung und behauptet, dass die Sache sich anders verhalten haben möge und es sich hier wohl um einen Pleuraabscess gehandelt habe.

Barry beschrieb Fälle (1727) von vermeintlichen Cavernen und spricht sich schliesslich für die Operation aus.

Pepper[1]) jedoch bezweifelt die Richtigkeit seiner (Barry's) Angaben, indem er seine eigene Ansicht — mit Recht — mit der Schwierigkeit einer Diagnose von Cavernen bei der Unzulänglichkeit der damaligen physik. Untersuchungsmethoden bekräftigt.

Im J. 1805 beschrieb Richter 2 Fälle von Cavernenoperation, mit gutem Erfolg. Aus der ungenauen Beschreibung kann man hier jedoch annehmen, dass es sich um Empyeme handelte.

Ramadge (Consumption curable; London 1836) berichtet über 7 von ihm operirte Fälle, um „Luft auszulassen und dadurch dem angrenzenden Gewebe Gelegenheit zu geben sich auszudehnen."

Diese Behauptung bekräftigt Herbert, ein Schüler von Ramadge.

Allen diesen oben angeführten Fällen kann man jedoch eine gewisse Unklarheit nicht absprechen, und muss man annehmen, dass die Operation erst später wirklich zur Ausführung kam.

Die Ersten, welche besagte Operation — sicher

---

1) cf. Local treatment of pulm. cavities etc. 1874. Philadelph.

feststehend — ausgeführt haben, waren Hastings und Storks im J. 1844.

Sie sollen in einem — vorher wohlbeobachteten — Falle [1]) im dritten linken Intercostalraume einen Einschnitt gemacht haben. Ein Stück elastischen Catheters wurde in die Wunde eingelegt. Eiter soll von Zeit zu Zeit sich aus der Wunde entleert haben. Der Bericht geht vom 15. Novbr. bis 23. Decbr. 1844. Dr. Hocken, welcher die Nachbehandlung leitete, giebt an, dass das Allgemeinbefinden sich gebessert habe, Husten und Sputum wäre geringer geworden. ½ J. nach der Operation schreibt Hastings [2]): „Obgleich sehr schwach, vermag Patient in letzter Zeit schon auszugehen, wenn das Wetter gut ist. — Seine Expectoration während der letzten 2 Monate hat nicht mehr wie 2 Drachmen in 24 Std. betragen.“ — Weitere Berichte darüber fehlen.

Ihre Erfolge hierdurch erzielt, waren wohl wenig erfreulich, was hauptsächlich dazu beigetragen haben mag, das ganze Verfahren in Vergessenheit zu bringen.

In der hiesigen medicinischen Klinik wurde diese Operation — unabhängig von dem obigen — in 3 Fällen ausgeführt, welche alle — mit besonderer Berücksichtigung des letzten — ich hier anführen will.

Mein hochverehrter Lehrer Herr Prof. Dr. Mosler, Director hies. med. Klin. und Poliklin., gestattete mir gütigst diese Publication und unterstützte mich

---

1) cf. Lond. med. Gaz. 1845. Bd. 35. p. 378, 481, 509.
2) cf. Lond. med. Gaz. Bd. 36. p. 767.

hierbei mit Rath und That, wofür ich ihm an dieser Stelle meinen aufrichtigsten Dank ausspreche.

Fall I.

F. W. Arbeitsmann[1]) 51 J. alt, war in seiner Jugend gesund. — Während seiner Militärzeit überstand er die Cholera.

Im J. 1869 bekam er eine rechtsseit. Pneumonie mit Empyem und Durchbruch nach der Lunge. — Im Juni 1872 liess sich Pat. in das hiesige Krankenhaus aufnehmen.

Stat. praes.: vom 2. Nov. 1872 ergab einen schlecht entwickelten Körper; äusserste Abmagerung; T. = 39_2, P. = 100; R. = 40. Die Fossa supra- und infraclavic. rechts eingesunken; Abdom. eingezogen. Bei der Respirat. bleibt die rechte Thoraxhälfte bedeutend hinter der linken zurück. — Percuss: Rechts fossa infraclavic.: Bruit de pot fêlé.

Auscultat: ebendaselbst: bronchiales Athmen mit klingendem Rasseln Pat. klagt über Nachtschweisse und Diarrhoeen.

Am 3. Nov. 1872 wurde die Canüle einer Aspirationsspritze in der Gegend des 2. rechten Intercostalraumes eingestossen und die Lungenhöhle mit Kalihyperm. Lösung ausgespült. — Die Canüle blieb liegen. — Pat. vertrug die Operation gut.

6. XI. musste die Canüle entfernt werden, da sie sich verstopft hatte. — Die Prostration des Pat. wurde

---

1) cf. Otto Bohl; Beiträge etc. Inaug. Diss. Grfswld. 1873.

immer grösser; die Temp. schwankte zwischen 39,0 und 40,0 0.

7. XI. erfolgte der exitus lethatis. — Die Autopsie ergab die Pleurablätter rechts verwachsen; im oberen Lappen der rechten Lunge eine grosse Caverne mit Eiter erfüllt. — Zu ihr führte ein Canal, der, der äusseren Wunde nach, von der Canüle herrührte. — Im Uebrigen die bei Phtisis gewöhnlichen Veränderungen.

Epicrise: Das war also der erste Fall, bei welchem die Operation in dem angegebenen Umfange ausgeführt wurde. — Sie zeigte deutlich, dass man Lungencavernen direct desinficiren könne.

Der Ausgang war zwar nichts weniger, als günstig, was man auch vorausgesehen hat, aber eine Lehre konnte man daraus ziehen, nämlich, dass — auch bei einem so marastischen Individuum — die Operation relat. gut vertragen wurde. — Dies musste sofort zu dem Schlusse — weiter führen, dass sie — unter günstigeren Umständen, bei einem Pat, der länger beobachtet werden konnte, correcter ausgeführt, mehr Chancen bieten müsse.

Die Gelegenheit dazu bot sich bald.

Fall II.

L. T.[1]) Maler 42 J. alt, war in seiner Jugend gesund. — Im J 1868 hatte er zum ersten Male und im Winter 1871—72 zum 2. Male Hämoptoë bekommen.

---

1) cf. Otto Bohl ut supra, und Berl. Klin. Wochenschrift 1873; No. 43.

— Den folgenden Sommer hindurch wurde er viel von Frost und Schweissen geplagt. — Im Herbst 1872 wurde er eine Zeit lang hier im Krankenhause behandelt; und schon damals liess sich oben rechts eine Caverne nachweisen. — Im März 1873 bekam er wiederum Hämoptoë.

Pat. verliess das Krankenhaus, doch Anfang Juni kehrte er wieder zurück.

Stat. praes. vom 28. Juni 1873 ergab einen mässig entwickelten Körper, blasse Haut, Musculatur schwach; Lippen cyanotisch. — Percussion Rechts vorn fossa supraclavic. bis zur 4. Rippe bruit de pot fêlé. — Links: Ton tymp. Auscultation: ebendaselbst amphorisches Athmen bis zur 5. Rippe; beim Husten klingendes Rasseln. — Links: Catarrh.

Das übrige Befinden mässig; im Urin Albumen.

Am 2. Juli cr. wurde von Herrn Prof. Hueter — auf Veranlassung des Herrn Prof. Mosler — bei dem Pat rechts im 2. Intercostalraum eine ungefähr 2 Cm. lange Incision durch Haut und Muskeln gemacht. Diese wurde durch eine Kornzange erweitert und so die Lungenhöhle eröffnet. — Ein silbernes Drainagerohr wurde in der Wunde mit Heftpflaster befestigt; die Wunde selbst wurde mit Carbolcharpie bedeckt und darauf eine Eisblase gelegt.

Therapie: Täglich Ausspülen der Höhle mit Sol. Kali hypermg. mittelst eines Irrigators; innerl. Wein und kräftige Diät.

Abends desselben Tages war die Temp. = 39,8; Puls = 84; Respir. = 36.

Ther.: Eisblase auf den Kopf und ein

Rp. fol. digit. 1,0
aq. comm. ferr. q. s.
inf. Collat. 150,0
adde
Syr. spl. 30,0
spir. aeth. nitr. dulc. 2,5
Mds. 2stdl. 1 Essl.

Am 3. Juli Abends T. = 39,0; P. = 108, R. = 36. — Beim Husten wird nur wenig von der injicirten Lösung herausbefördert.

Ther.: 2stdl. 1 Essl. von Sol acid. hydrochl.: 1,5:200,0, und Abends Chin. 0,5.

Am 5. h. T. = 39,6 Abends. Patient wird ins Freie getragen. Chin. 0,5.

Am 6. h. Abends: T. = 39,2; Chin. 0,5.

Am 8. h. Morg. T. = 37,2; Abds: T. = 39,0 Chin. 0,5.

Am 9. h. Die silberne Canüle wird entfernt und dafür ein elastischer Catheter eingelegt.

Am 10. Juli: Sowohl Morgens, als auch Abends geringe Hämoptoë; T. = 38,6 Abends.

Ther: Eisblase auf die Brust und Milch mit Eis als Getränk; liq. fer. sesquichl. zum inhaliren.

Am 12. h. Nachts stärkere Hämoptoë; Abends T. = 38,0.

16. h. Die Wunde wird 2mal tgl. mittelst des Winterichschen Pulverisateurs mit Dämpfen der Inhalationsflüssigkeit von Carbols. und Jodtinctur gereinigt; Ther. continuatur.

26. h. Pat. bekam auf der rechten Thoraxhälfte ein Carboleczem; Abends T. = 38,6.

Percussion: bruit de pot fêlé nur am rechten Sternalrande; am Ansatz der 2. Rippe ist der Schall dumpf, mit spärlichem Rasseln.

Am 3. October: T. = 36,0; Puls klein; Dyspnoe; im Urin viel Albumen.

4. X. Auch auf der linken Lunge kleinblasiges Rasseln; der Sopor hochgradig.

Am 5. X. erfolgte der exitus unter den Erscheinungen der Herzparalyse.

Fieber war seit dem 21. Juli beim Patienten nicht beobachtet worden.

Die Autopsie ergab die rechtsseitigen Pleurablätter verwachsen. — In der linken Lunge viele grauweisse Knötchen. — Im unteren Theile des oberen Lappens der rechten Lunge eine faustgrosse Höhle mit Eiter erfüllt, von welcher ein Canal nach den äusseren Bedeckungen führte. Die Wandungen der Höhle zeigten deutlich Granulationsgewebe. — Aus dem unteren Lappen entleert sich eine Menge wässriger, röthlich gefärbter Flüssigkeit. — Im Abdomen, an der Leber, Milz, Nieren und tractus intestinalis amyloide Degenerat. deutlich.

Epicrise: Auch hier — sehen wir, war das Resultat u günstig. — Aber während man im ersten Falle bloss die Möglichkeit eines — bis jetzt unerhörten — Eingriffes zeigen wollte und bei einem ad exitum tendirenden Pat. auf die schonendste Weise

vorging, so konnte man hier bereits mehr wagen und daher auch mehr leisten.

Es ist nämlich — trotz der in autopsia gefundenen Anfüllung der Lunge Rechts mit wässriger Flüssigkeit — nicht zu verkennen, dass nur durch die directe Desinfection das Leben des Pat. so lange hingehalten werden konnte.

Die Operation (wovon mehr unten) konnte in diesem Falle, in Rücksicht auf die bessere Ernährung des Pat., in grösserem Maassstabe unternommen werden.

Fall III.

Wenden wir uns nun zum letzten Falle, den ich als Practicant hiesiger med. Klinik längere Zeit genauer beobachten konnte.

Fr. K. Maler 54 J. stammt von gesunden Eltern. Er überstand die Kinderkrankheiten; in seinem 14. J. eine intermittens. Später litt er an Furunculosis. — Im 44. J. erlitt er eine Rippenfractur links. — Vor 2 J. erkältete er sich, bekam darauf Frost, dem Hitze, Stiche links, Auswurf und Husten folgten. — Der Auswurf blieb. — Wegen Verschlimmerung seines Leidens liess sich Pat. am 6. XII, 1872 ins Krankenhaus hier aufnehmen.

Stat. praes. v. 6. XII. 72. ergab Pat. mittelgross, mässig musculös, Haut blass. — Die linke regio infraclavic. abgeflacht; diese Seite bleibt beim Inspirium zurück; Temp. norm. — Percussion LV im I u. II. Intercostalraum bruit de pot fêlé; U Ton dumpf. — Auscult. LVO Athmen bronchiae mit klingendem,

kleinblasigem Rasseln. — In der reg. supraclavic. Athmen verschwächt; U feuchtes Rasseln. — Herztöne rein. — Sputum viel, eitrig. Harn normal.

Therap.: Expectorantia und Leberthran. Später Inhalation von Carboldampf, weil das Sputum etwas foetiden Geruch bekommen hatte.

Im Februar 1873 wird Pat. gebessert entlassen.

Am 25. X. 1874. liess sich Pat. wiederum in's Krankenhaus aufnehmen.

Stat. praes. v. 25. X. cr. ergab: Gesichtsfarbe blass, Musculatur schlaff, Abmagerung unbedeutend. Die linke Thoraxhälfte stark eingesunken. — Percuss. VL regio supra- und infraclav. bis zur 4. Rippe bruit de pot fêlé. HL fossa supraspin. Dämpfung; U beiderseits Ton hell. — Auscult.: LV amphor. Athmen mit klingenden, mittelblasigen Rasselgeräuschen; weniger laut H. R geringes Emphysem; verschärftes Athmen.

Sputum: viel, eitrig, numulös.

Herztöne normal; II. Pulm. Ton accentuirt.

Leber wenig vergrössert. Im Urin kein Albumen. — Appetit ziemlich, Stuhlgang regelmässig. — Abends und Morgs. Temp. = 38,2 die folg. Zeit hindurch.

Ther.: Inhalat. v. Carboldampf u. innerl. Tct. op. benz. 3mal tägl. 15 Tropfen; Wein, Abends Morph. 0,01; später 0,015.

Das Körpergewicht hat zuerst abgenommen, dann hob es sich wieder. — Das Fieber blieb von Anfang Januar 1875 weg. — Bruit de pot fêlé und amphor.

Athmen mit klingendem Rasseln deutlich; Rechts bloss Catarrh. — Das subjective Befinden des Pat. war gut.

Am 14. Januar cr. incidirte Herr Prof. Hueter — auf Veranlassung des Herrn Prof. Mosler — in der Narcose die Haut und die musc. intercostales links im II. Intercostalraum an der Stelle, wo der tympan. Ton am deutlichsten war, in einer Länge von 2—3 Cm. und eröffnete darauf, mittelst einer Kornzange, die vorsichtig in die Tiefe gebohrt und dann geöffnet wurde, die Caverne. Ein Catheter, der als Sonde diente, wurde in die Oeffnung eingeschoben. Den Bewegungen nach fühlte man deutlich, dass man sich in einer Lungenhöhle befand. Aus der Oeffnung kam sofort Luft und Eiter heraus. Es wurde alsdann ein silbernes Drainagerohr in die Wunde eingeschoben, mit Heftpflaster befestigt, die Wunde gereinigt, mit Carbolwatte bedeckt und darüber ein Eisbeutel gelegt. Pat. vertrug die Operation gut; Abends Husten gering.

T. = 38,8; P. = 84; R. = 30. Pat. klagt über Druck in der Wunde. Eiter wird aus der Wunde nicht secernirt. — Abends wird der Verband gewechselt und Morph. 0,01 gereicht.

Pat. wurde allein in ein Zimmer gelegt, welches vorher mehrere Tage hindurch mit Carboldämpfen desinficirt wurde.

15. I. cr. Morg.: T. = 39,2; P. = 96; R. = 36. Abds.: T. = 40,0; P. = 104; R. = 40. Befinden gut. LV kleinblasiges Rasseln, Sputum spärlich. — Morgens wird der Verband gewechselt; Abends: Chin. 1,0.

16. I. Abds. T. = 39,2; P. = 96; R. = 36. Fieber dauert fort; Schmerzen in der Wunde nicht vorhanden. Der Verband wird 3mal tägl. gewechselt, dabei die Wunde mit Carbolspray umgeben. Abends: Chin. 1,0.

17. I. Morgs. T. = 39,2. Abends T. = 40,3. Pat. klagt über Husten und Stiche L. Auf der rechten, wie linken Lunge weitverbreitetes Rasseln. — Das Secret dünn, eitrig, wenig übelriechend.

Die silberne Canüle wird durch einen elastischen Catheter ersetzt, der tägl. 3mal aus der Wunde entfernt und mit 2,5 % Carbolsäure gereinigt wird. Pat. inhalirt warme Carboldämpfe. Innerl. tägl. 2 kleine Flaschen Rothwein und 3stdl. 1 Pulv. von Acid. benz. mit Camph.

Mittelst eines Pulverisateurs wurde das Zimmer mehrmals tägl. mit Carboldämpfen erfüllt.

18. I. Morg. T. = 38,2. Abds. T. = 39,8. Der Eiter ist gutartig geworden, wahrscheinlich in Folge des öfteren Verbandwechsels. — Die Rasselgeräusche, als auch die Stiche und das Fieber nahmen bedeutend ab, vielleicht in Folge der günstigen Einwirkung der Carboldämpfe auf die Bronchialschleimhaut.

19. I. Morg. T. = 37,6. Abds. T. = 39,0. Die Wunde von gutem Aussehen, Sputum wenig, schleimig-eitrig.

20. I. Morg. T. = 38,0. Abds. T. = 38,6. Appetit stellt sich wieder ein; Rasselgeräusche geschwunden, auch über der Caverne. Sputum spärlich.

21. I. Morg. T. = 38,2. Abds. T. = 38,8.

22. I. Morg. T. = 37,8. Abds. T. = 38,6. Patient befindet sich wohl; die Granulationen zeigen Neigung zur Blutung und in der Wunde zum Wachsthum, da das Einführen des elastischen Catheters schwieriger wird.

25. I. Morg. T. = 38,0. Abds. T. = 38,2. Ueber Brustbeschwerden hat Pat. nicht zu klagen. Aus der Wunde kommt weder Luft noch Eiter heraus. — Sputum minimal, wahrscheinlich in Folge von Carbolinhalat. und Irrigation der Wunde mit Carbolspray.

Ther.: Eisen, Chin. tägl. 1,0 und Wein.

29. I. Morg. T. = 37,0. Abds. T. = 37,2. Husten geschwunden, die Wunde im Heilen. — Der Catheter kann blos zur Hälfte so viel als Anfangs eingeführt werden. Ueber der Wunde kein Rasseln.

Fieber trat im ganzen späteren Krankheitsverlauf nicht mehr auf.

6. II. Die Canüle wird immer mehr herausgedrängt. Der Catheter wird beim Verbandwechsel oft aus der Wunde herausgetreten gefunden.

10. II. Die Granulationen bluten beim jedesmaligen Einführen des Catheters, was dem Patienten schmerzhaft ist. Es wird deshalb heute die Canüle aus der Wunde entfernt. Auf die Wunde wird eine Carbolplatte gelegt.

Percuss. über und unter der Wunde ergiebt gedämpften Ton.

Auscult. unbestimmtes Athmen ohne Rasseln. — In der regio supra- und infraclav. tympan. Ton; Athmen bronchial mit spärlichem, klingendem Rasseln.

Auswurf gering; schleimig eitrig. Beschwerden fühlt Pat. garnicht.

12. II. Der Zustand des Pat. hat sich so sehr gebessert, dass er heute zum ersten Mal sein Bett verlässt.

20. II. Die vernarbte Incisionswunde ist mit ihrer Umgebung nach innen gezogen; Druck auf dieselbe ist schmerzlos; das Athmen über derselben abgeschwächt.

Herzdämpfung etwas vergrössert in Folge der Retraction der Lunge; Töne laut.

2. III. An Gewicht hat Patient vom 9. bis 27. Februar um 3 Pfund zugenommen.

25. III. Pat. ist als genesen zu betrachten. Seine Wangen röthen sich, Appetit gut, Kräfte in Zunahme. Die Wunde ist völlig verheilt, an ihrer Stelle eine 3 Cm. lange Narbe sichtbar.

Percuss. über der Narbe dumpfer Ton; oberhalb der Narbe bruit de pot fêlé.

Auscult. abgeschwächtes Athmen, oberhalb der Narbe spärliches Rasseln.

Epicrise: Aus obigem Befunde sind wir berechtigt anzunehmen, dass die Caverne durch Bindegewebsstränge verwachsen, ausgefüllt ist. Das oberhalb derselben noch bestehende bruit de pot fêlé lässt vermuthen, dass ausser der geheilten noch andere — mit der operirten garnicht, oder doch nur durch einen engen Gang verbundene — Cavernen in der Nähe existiren.

Es scheint daher geboten, nach vollständiger Ge-

nesung und Kräftezunahme des Pat. ihn noch einmal zu operiren; zumal sich noch keine Zeichen einer amyloiden Degeneration wahrnehmen lassen.

Die Prognose wäre in diesem Falle, in Rücksicht auf den deletären Ausgang der Cavernen, relativ günstig zu stellen.

Die Berechtigung zu einem nochmaligen Eingriff giebt uns hier — ausser der Prognose — der ausserordentlich gute Verlauf der Operation und die rasche Heilung.

Resumé:

Fragen wir nach den Resultaten der operativen Behandlung der Lungencavernen in diesen 3 Fällen, so müssen wir zugestehen, dass sie in den beiden ersten (Fällen) wenig dankenswerth waren. — Sie zeigten jedoch die Möglichkeit eines Verfahrens an, welches im 3. Falle so glänzende Erfolge liefern sollte.

Der erste Fall betraf ein marastisches Individuum bei welchem man keine Hoffnung auf Heilung durch die Operation hegte. Pat. wurde vom Fieber und Diarrhöen geplagt; Appetit und Schlaf fehlten gänzlich. — Die Operation leistete trotzdem Alles Mögliche, nämlich eine Euphorie, mit nachfolgender Euthanasie.

Im 2. Fall lagen die Dinge günstiger. Pat. war kräftiger, die Operation zwar eingreifender, aber sie bot bessere Chancen; die Nachbehandlung war umfangreicher. — Das Resultat war einigermassen — dem ersten gegenüber — günstig. — Während es nämlich

feststand, dass Pat. bei der alten Therapie kaum einige Wochen — unter sich täglich steigernden Beschwerden — überlebt hätte, so wurde durch die Operation eine Befreiung von quälendem Husten und Fieberlosigkeit erzielt.

Pat. erfreute sich eines leidlichen Wohlbefindens.

Dass auch hier schliesslich der exitus erfolgte, ist hauptsächlich den destruirenden Processen in den Abdominalorganen uud in der anderen Lunge zuzuschreiben.

Ueber den 3. Fall zu raisoniren, halte ich kaum für nöthig, da die Thatsachen schlagend genug zu Gunsten der Operation sprechen.

Wenn wir nämlich bedenken, dass vor der Operation münzanförmiges Sputum in grossen Massen expectorirt wurde, dass die physikalischen Erscheinungen uns eine grosse, oder jedenfalls eine grössere und mehrere kleine Cavernen erkennen liessen, wenn wir ferner bedenken, dass Pat. ohne Narcotica nicht schlafen konnte, von Husten fast permanent gequält wurde, und wenn wir anderseits den Zustand des Pat. einige Tage nach der Operation, oder gar heute (25. III.) ins Auge fassen, wo der Husten fast geschwunden, die physikalischen Erscheinungen über der Narbe negativ geworden sind, so müssen wir uns aufrichtig freuen und staunen über den Sieg, den die strebende Wissenschaft über alte und neue — theoretische — Vorurtheile davongetragen hat.

Irgendwelche fixe Indicationen über die Operation der Cavernen lassen sich gegenwärtig nur schwer aufstellen. — Das Verfahren ist eben noch neu, man hat noch zu wenig Resultate dabei erzielt, als dass man schon jetzt sich ein endgültiges Urtheil ausgebildet haben könnte.

Wir werden uns auch hier, wie so oft in der Medicin, ex iuvantibus et nocentibus unsere Diagnose formuliren müssen und uns entschliessen operativ oder expectativ zu verfahren.

Wollen wir das Erste thun, so sind — glaub' ich — 2 Punkte vor jeder Operation zu beachten, nämlich — nach gestellter Diagnose einer oberflächlichen (nicht tuberculösen) Caverne:

1) guter Ernährungszustand;
2) keine tieferen Complicationen;
   a) von Seiten der anderen Lungen, oder
   b) der übrigen — z. B. Abdominal — Organe.

Von was für einer Wichtigkeit hier der gute Ernährungszustand des Pat. ist, sehen wir aus unseren 3 Fällen.

Während nämlich im 1. Falle der Kranke die Operation kaum einige Tage überlebte, so hielt der 2 Pat. den Eingriff mehrere Monate aus, weil hier die Ernährung eine bessere war. — Im III. Fall hat Patient seine Genesung — zum grossen Theile — der guten Ernährung zuzuschreiben.

Dass die II. Bedingung von grossem Belang ist, zeigen ebenfalls unsere Fälle hinlänglich. Im I. Falle war eine Complication von Seiten des Darmtractus

sicher, auch die rechte Lunge war in den Process mit hineingezogen, wie die Autopsie ergab.

Herr Prof. Mosler hatte obige Complicationen wohl beachtet, was man schon aus der Art der Operation ersehen kann. — Nicht die Neuheit des Verfahrens so sehr, als vielmehr der Marasmus des Pat. bestimmte hier den Operateur zu einer einfachen Punktion.

Wollte man hier eine grössere Operation unternehmen, so riskirte man den exitus während der Operation, und wiederum wollte man für den geplagten Pat. etwas thun, so war es eben nur auf die geschehene Weise möglich.

Im II. Falle ist die Operation correct ausgeführt worden. — An dem schlechten Resultate ist zum kleinsten Theile die vermuthliche Anschoppung des Lungenparenchyms — mit Solut-Kali hyperm. schuld. — Die Hauptschuld trägt die Complication von Seiten der Abdominalorgane u. der anderen Lunge, da auch nach Anwendung des Pulverisateurs der Process nicht zum Stillstand zu bringen war.

Dass der III. Fall keine tiefere Complication darbot, ersehen wir theils aus der Krankengeschichte, theils — und hauptsächlich aus der Genesung desselben.

So viel über die Vorbedingungen der Operation. — Die Operation selbst ist — in den 2 letzten Fällen — möglichst correct ausgeführt worden. Es dürfte wohl kaum je hierbei ein besseres, sicheres Verfahren, als gegenwärtig, sich aufstellen lassen. Ich meine hier die Incision der Haut und Muskeln mit nachfolgender Dilatation der Wunde durch eine Korn-

zange. — Diese Procedur giebt die beste Garantie gegen etwaige Pneumorrhagieen in Folge von Verletzung eines Astes der a. pulmon.

Was die Einwände gegen die Operation der Cavernen betrifft[1]), so verdienen sie heute nur insofern eine Beachtung, als sie dazu beitragen das neue Verfahren schärfer zu beobachten, um die Mängel zu vermeiden.

Es wurden hierbei Zweifel laut über die Pleuraverwachsungen. Unsere 3 Fälle zeigen jedoch genugsam, dass es nunmehr für feststehend erachtet werden dürfte, dass derartige Destruktionen der Lungen immer eine secundäre Pleuritis zur Folge haben. — Doch dafür sprechen die Erfahrungen der Autoren, die parenchymatöse Injectionen geübt haben, wie z. B. W. Pepper u. A. —

Die Befürchtungen betreffend die allzugrosse Narbenretraction der operirten Lungenhöhle, auch nach glücklich überstandener Operation und die daraus resultirenden Störungen, sind — freilich nur durch den 3. Fall — schlagend widerlegt worden.

Ich glaube, dass man diese Operation — in nicht allzulanger Zeit — bei den grossen Fortschritten der Medicin und ihrer Hülfsmittel, in weit mehr Fällen ausführen wird, als dies bis jetzt der Fall war. — Nach ausgeführter Operation ist die möglichst sorgfältige Isolation des Pat. und Desinfection der Räume

1) C. Canstatts Jahresbericht 1854. (Dr. Henoch) und B. Bells Wundarzneikunst aus dem Englischen; Leipzig 1805 Bd. II. Bennet: äussere Eröffnung der Cavernen.

etwas so Unentbehrliches — dem vorliegenden Falle nach — was in gewünschter Ausdehnung ausgeführt, zum grossen Theil zu einer sanatio beiträgt, während eine Unterlassung dieser Massregeln eine prognosis dubia, wenn nicht infausta in Aussicht stellt.

Die Localbehandlung bildet hierbei den wichtigsten Theil des ganzen Verfahrens. — Aus unseren 3 Fällen kann man den Schluss ziehen, dass eine directe Desinfection der Wunde und zwar in Dampfform (spray), wohl die sicherste Garantie für den guten Verlauf des Eingriffs zu geben im Stande ist.

Durch den letzten Fall ist, glaube ich, ein mächtiger Anstoss gegeben worden, der nicht unbemerkt vorübergehen wird und vielleicht schon in kurzer Zeit das Verfahren — auch den unter minder günstigen Verhältnissen arbeitenden practischen Aerzten zugänglich machen wird.

Lebenslauf.

Ich Anton, Johann Biskupski, Sohn des Grundbesitzers Nicodem und dessen Ehefrau Regina geb. Raduczyńska, wurde am 12. Juni 1849 zu Alt-Gostyn, G. H. Posen geboren. — Den ersten Unterricht erhielt ich zu Hause vom Lehrer H. Reinhardt. Hierauf ging ich nach Pol. Lissa, woselbst ich das dortige Gymnasium bezog (1859) und dasselbe — unter dem Directoriate des Prof. Ziegler — am 2. August 1870 mit dem Zeugniss der Reife verliess. — An dem Feldzug gegen Frankreich nahm ich als Einj. Freiw. beim W. F. R. Nr. 37 theil. — Nach Demobilisirung der Armee ging ich — durch die Munificenz meines sel. Onkels Ladislaus, Pfarrers zu Alt-Gostyn († 15. I. 74.), in den Stand gesetzt — nach Greifswald um Medicin zu studiren. — Ich wurde unter dem Rectorate des Herrn Prof. Dr. Münter am 4. Mai 1871 immatriculirt und in das medicinische Album unter dem Decanate des Herrn Geh. Rath Budge inscribirt.

Am 6. August 1873 bestand ich das tent. physicum und am 20. Februar 1875 das examen rigorosum.

Während meiner Studienzeit auscultirte resp. practicirte ich bei folgenden Herren:

Herr Prof. Dr. Arndt: Allgem. und spec. Psychiatrie.
Herr Geh. Rath Budge: Descriptive Anatomie; Präparirübungen; Nervenanatomie; Anat. der Sinnesorgane.
Herr Prof. Dr. Eichstedt: Syphilis mit Demonstrationen und Hautkrankheiten.
Herr Prof. Dr. Freiherr v. Feilitzsch: Experimentalphysik und Wärmelehre.
Herr Prof. Dr. Grohe: Allgem. und spec. pathologische Anatomie; practischer Cursus der pathol. Anatomie; über Geschwülste.

Herr Prof. Dr. Hueter: Allgem. Chirurgie, chirurg. Operationslehre; chirurg. Operationscursus; chirurg. Klinik und Poliklinik.
Herr Prof. Dr. Häckermann: Oeffentl. Gesundheitspflege und Medicinalpolizei; gerichtliche Medicin.
Herr Dr. Hänisch: Klinische Uebungen; Laryngoscopischer Cursus; physikalische Diagnostik
Herr Dr. Krabler: Auscult. und Percussion; Ausgewählte Capitel der Kinderkrankheiten.
Herr Prof. Dr. Laurer: Toxitologie; Arzneiverordnungslehre.
Herr Prof. Dr. Landois: Vergleichende Anatomie; Osteologie; Histologie; Entwickelungsgeschichte und Zeugungslehre; Experimentalphysiologie; Physiologische Uebungen.
Herr Prof. Dr. Limpricht: Chemie.
Herr Prof. Dr. Mosler: Specielle Pathol. und Therapie; Physikalische Diagnostik; Nieren-, Kehlkopfskrankheiten; medic. Klinik und Poliklinik.
Herr Prof. Dr. Münter: Allgem. und medic. Botanik; medic. Zoologie.
Herr Geh. Rath Prof. Dr. Pernice: Theorie der Geburtshülfe; Krankheiten der Neugeborenen; Uteruskrankheiten; Geburtshülfliche Klinik und Poliklinik.
Herr Prof. Dr. Roth: Practischer Cursus der normalen Histologie.
Herr Prof. Dr. Schirmer: Augenheilkunde, Refraction und Accommadation des Auges, Ophthalmoscopische Uebungen, Augenoperationscursus, Augenklinik
Herr Prof. Dr. Vogt: Chirurg Anatomie; Luxationen und Fracturen; Ausgewählte Capitel der Zahnheilkunde; chirurg. Verbandlehre; chirurg. Operationscursus.
Herr Dr. Bengelsdorff: Arzneiverordnungslehre.

Allen diesen hochverehrten Herren, die zu meiner Ausbildung beigetragen haben, vor Allen aber dem Herrn Prof. Dr. Mosler, spreche ich hiermit meinen aufrichtigen Dank aus.

Thesen.

I.

Die Eröffnung der Caverne vermittelst einer Incision, mit nachfolgender Dilatation der Wunde mit einer Kornzange, ist das beste Verfahren bei Cavernenoperationen.

II.

Bei einem circulären ulcus cruris chronicum ist oft die ablatio indicirt.

III.

Bei eiternden Urethraefisteln ist die äussere Urethratomie die beste Behandlung.